

# 【記載例】

所属：市町村専用

## 埼玉県コバトン健康マイレージ 参加申込書

本事業でご提供いただいた個人情報は、すべて埼玉県および利用者が所属する参加自治体、参加団体に帰属し、埼玉県の監督のもと、事務局業務を委託した事業者が管理し、本事業の提供・運用・管理のために利用します。

個人情報の利用目的など詳細については、利用規約を確認してください。 **が付いている項目は必ずご記入ください。**

★ 所属	1. 在住者	
参加者 保険者番号	記入不要	
参加者 被保険者記号・番号	記号 記入不要	番号 記入不要
★ (フリガナ) 参加者 お名前	姓 トコロザワ 所 沢	名 タロウ 太 郎
★ 参加者 性別	1 男 2 女	★ 参加者 生年月日 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 2 5 年 1 1 月 3 日 生まれ
★ 参加者 ご住所 (住民票 の住所)	〒 3 5 9 - 1 1 4 3 埼玉県所沢市 宮本町1丁目1番2号	
歩数計の お届け先と なります。	建物名(アパート・マンション名) 番地、建物名、部屋番号等を正確にご記入ください。	
★ 参加者 連絡可能 電話番号	0 0 0 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0	
参加者 メールアドレス	abcdef @ ghijk.lmn <small>本サービスに関するメールマガジンを送ります。</small>	
希望する 歩数計の色 (任意)	1 赤 2 黒	郵送による申込みの場合は、コバトン健康アプリ*は申込みできません。 歩数計の色は事前に注文生産するため、ご希望に添えないこともあります。 また、色の選択がない場合は事務局でお選びいたします。
★ ニックネーム (ランキングなどの表示名)	ト コ ト コ タ ロ ウ	
参加者身長 (任意)	1 6 0 . 0 cm	参加者体重 (任意) 6 0 . 0 kg
寄付希望 (任意)	1 有	本事業は、歩数などによってポイントが貯まり、ポイントに応じて抽選が行われます。 この抽選に当選した場合、賞品を受け取る代わりに、埼玉県を通じてボランティア団体等に寄付することができます。

在住者...お住まいの住所で申込ます。

メールアドレスを登録していただくと、毎月、歩数の記録やポイント数、市からのお知らせが通知されます。

左づめで記入してください。

個人が特定されることのないニックネームの使用をおすすめします。公序良俗に反する表記等、埼玉県が不適切と判断した場合は、使用をお断りする場合がありますのでご了承ください。全角漢字・ひらがな・カタカナ・英数でご記入ください。

歩幅、消費カロリーを正確に測定するために、差し支えなければご記入ください。

寄付を行った場合はその内容をお手紙でお知らせします。

私は埼玉県コバトン健康マイレージ利用規約および「WM(わたしムーヴ)利用規約」に同意し参加を申し込みます。

★ 令和2年 12 月 1 日 (自署または記名押印)★ 所沢 太郎

記入漏れや誤りがないか確認のうえ、ご提出ください。郵送申込の際は、下記を添付してください。

封筒に入れて  
いただくもの

申込書

次のいずれかの  
コピー

健康保険証(記号・番号・保険者番号を塗りつぶしたもの)  
運転免許証

郵送先

〒330-9091 さいたま新都心郵便局 私書箱159号  
埼玉県コバトン健康マイレージ事務局

令2/12